

☐ **Cota única** (comum a todos os planos).

☐ **Parcelar em (___) parcelas**
(Até 60 parcelas, em acordo com regulamento específico).

Nome do Titular Falecido: _____ Matricula: _____ Patrocinadora: _____

CPF: _____ Data Nascimento: _____ Data Inscrição: _____ RG: _____

Nome do Dependente: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____ Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Banco _____ Código Agência: _____ Conta Corrente: _____

E-mail: _____ Data: _____ Assinatura do dependente: _____

Nome do Dependente: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____ Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Banco _____ Código Agência: _____ Conta Corrente: _____

E-mail: _____ Data: _____ Assinatura do dependente: _____

Nome do Dependente: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____ Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Banco _____ Código Agência: _____ Conta Corrente: _____

E-mail: _____ Data: _____ Assinatura do dependente: _____

As importâncias não recebidas em vida pelo ATIVO/ASSISTIDO, relativas às prestações vencidas e não prescritas, serão pagas aos Beneficiários habilitados à Pensão por Morte ou Auxílio reclusão, qualquer que seja o seu valor, em pagamento único e na proporção da respectiva quantidade de cotas ou, na ausência destes, aos Beneficiários Designados, ou também na ausência destes, aos herdeiros habilitados na forma da legislação vigente pertinente à matéria, e neste caso, mediante apresentação de Alvará Judicial à Fundação.

O formulário deve ter a assinatura com reconhecimento de firma em cartório ou apresentação do documento de identidade original no ato do protocolo na Libertas.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.